
La définition des tâches de l'aide à domicile a-t-elle pour corollaire l'absence des hommes ?

Does the definition of the tasks in professional elderly care lead to the absence of men?

Loïc Trabut



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/travailemloi/6480>

DOI : 10.4000/travailemloi.6480

ISSN : 1775-416X

Éditeur

DARES - Ministère du Travail

Édition imprimée

Date de publication : 1 octobre 2014

Pagination : 21-33

ISSN : 0224-4365

Référence électronique

Loïc Trabut, « La définition des tâches de l'aide à domicile a-t-elle pour corollaire l'absence des hommes ? », *Travail et Emploi* [En ligne], 140 | octobre-décembre 2014, mis en ligne le 01 octobre 2016, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/travailemloi/6480> ; DOI : 10.4000/travailemloi.6480

La définition des tâches de l'aide à domicile a-t-elle pour corollaire l'absence des hommes ? (*)

Loïc Trabut(**)

Les politiques de la prise en charge de la dépendance sont à l'origine de la construction d'un champ d'activité qui n'a jamais été défini formellement, mais qu'elles structurent par leurs prescriptions. Ce cadre réglementaire contribue à faire émerger une certaine définition de l'aide à domicile qui n'est pas toujours en adéquation avec les besoins des personnes en perte d'autonomie. Il ne permet notamment pas la prise en charge d'activités moins traditionnellement considérées comme de « l'aide à domicile » et écarte, par construction, les hommes. Si, au niveau des tâches constitutives de l'aide au maintien à domicile, les hommes participent au sein de la sphère familiale, il semblerait qu'ils s'excluent ou soient exclus de l'aide professionnelle. À partir d'une enquête statistique exploratoire et d'entretiens ethnographiques, nous montrons les processus d'exclusion des hommes et l'adaptation de l'activité exercée par ceux qui néanmoins investissent ce secteur professionnel.

Les politiques de la prise en charge de la dépendance sont à l'origine de la construction d'un champ d'activité (LAVILLE, 2000; DEVETTER *et al.*, 2008), celui de l'aide à domicile. Les recherches relatives à ce secteur d'emploi montrent des conditions de travail difficiles (ANGELOFF, 1999, 2000, 2003; DEVETTER *et al.*, 2008). Même si l'aide au maintien de l'autonomie a toujours existé, sa visibilité et sa valorisation dans la sphère publique ont été rendues possibles par les politiques sociales, qui permettent l'achat de prestations par un public ainsi rendu solvable (TRABUT, WEBER, 2009). L'externalisation hors de la sphère familiale d'une partie de l'aide a ainsi fait émerger un secteur d'activités professionnelles très largement féminin (AVRIL, 2006; DEVETTER *et al.*, 2008).

Le soutien financier aux personnes en perte d'autonomie alloué par l'État est aujourd'hui constitué à plus de 90 % par de l'aide humaine rémunérée. Il contribue ainsi à la création de nombreux emplois, au même titre que d'autres politiques qui soutiennent financièrement les ménages consommateurs de services. Les métiers de l'aide à domicile s'intègrent dans le grand ensemble des services à la personne que le plan Borloo de 2005 a particulièrement développés. Présentés comme le plus grand gisement d'emplois de la dernière décennie, « les services à la personne ont permis la création, chaque année, de 100 000 emplois de proximité

non délocalisables⁽¹⁾ » dont 31 % consacrés à l'assistance aux « publics fragiles⁽²⁾ ». Ce phénomène n'est pas nouveau puisque les politiques de soutien à la perte d'autonomie ont toujours été fortement articulées avec les politiques de création d'emplois, de même que les politiques d'allègement, voire de suppression des cotisations sociales dans le cas plus large des services à la personne.

Alors que le caractère sexué des professions renvoie le plus souvent soit à des contraintes juridiques⁽³⁾, soit aux processus de socialisation professionnelle (ZOLESIO, 2009), l'organisation du travail de l'aide à domicile offre très peu de lieux de socialisation et, comme nous le verrons, le droit, encadré par les conventions collectives, reste flou en termes de définition des emplois. L'absence des

(1) Wauquiez L., *Lancement du plan 2 des services à la personne*, Paris, Agence nationale des services à la personne, ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi, p. 25 (annexe : « Le bilan du plan 1 de développement des services à la personne »); disponible en ligne à l'adresse : http://www.economie.gouv.fr/files/finances/presse/dossiers_de_presse/090324_emploi_service.pdf; consultée le 4 décembre 2014.

(2) Selon le rapport d'activité de l'Agence nationale des services à la personne (2010). Le terme « publics fragiles » fait référence aux personnes âgées de plus de 70 ans (dépendantes ou non) ainsi qu'aux bénéficiaires d'un dispositif spécifique lié à la perte d'autonomie ou à un handicap (allocation personnalisée d'autonomie, allocation d'éducation d'enfant handicapé, prestation de compensation du handicap, invalidité, personnes se trouvant dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie et bénéficiaires de certaines prestations d'aide sociale versées par le conseil général ou une caisse de sécurité sociale).

(3) On peut noter, dans de nombreux pays, l'interdiction de certaines professions aux femmes. En France, le Code du travail comportait jusqu'en 2008 une section intitulée « Section 3 : Travaux interdits aux femmes ».

(*) Cette recherche a été rendue possible par le soutien de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

(**) Institut national d'études démographiques (Ined), Centre d'études de l'emploi (CEE); loic.trabut@ined.fr

hommes ne correspond pas non plus à une discrimination à l'embauche, comme on peut l'observer dans certains métiers dits masculins (MALOCHET, 2007). Si la ségrégation entre les professions peut s'expliquer par un héritage issu de la socialisation scolaire et de la construction du marché du travail (COUPPIÉ, ÉPIPHANE, 2006), il nous apparaît que dans le cas de ce métier du «bas de l'échelle», le périmètre des tâches réalisées en amplifie la féminisation.

En effet, dans le cadre de la mise en place de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA, 2002) s'est imposée une définition bien particulière du maintien à domicile, mettant à l'écart, *de facto*, certaines activités qui sont fréquemment assurées par des hommes.

Cet éventail de tâches correspondant à une certaine caractérisation des besoins liés à la dépendance tient peu compte des apports de la sociologie du *care* et des nouvelles définitions qu'elle propose (EICHLER, ALBANESE, 2007 ; TRABUT, 2011). À partir d'une revue critique de la littérature sur le travail domestique, Margrit EICHLER et Patrizia ALBANESE concluent que ce dernier est envisagé de manière trop restrictive dans la mesure où il est majoritairement analysé comme une production centrée uniquement sur le ménage. Seules sont prises en compte les tâches répétitives, relatives par exemple à l'éducation des enfants, et non le soin des adultes. Selon les auteurs, réduire la définition du champ à une liste de tâches ne suffit pas, car non seulement certaines sont *de facto* exclues mais, en outre, un ensemble d'activités plus larges mérite d'être pris en compte.

Cette définition très restrictive serait-elle le corollaire de l'extrême féminisation du métier, centré sur les activités ménagères (entretien du logement et du linge, aide à la toilette et préparation des repas) ? Quelles sont les activités non prises en charge ? Finalement, comment les hommes, très peu nombreux, y trouvent-ils une place ?

Nous montrerons comment les politiques publiques qui financent l'aide, dans la mesure où elles imposent aux travailleurs sociaux d'élaborer des plans d'aide s'appuyant sur une liste limitée d'activités, orientent de fait le métier vers des tâches plus couramment réalisées par des femmes et ne tiennent pas nécessairement compte des besoins réels. Pour ce faire, nous comparerons les activités prises en charge dans le cadre des plans d'aide de l'APA et celles assurées en dehors, aussi bien par la famille que par des professionnels. Alors que les hommes sont très peu représentés dans l'aide à domicile, nous mettrons en lumière le fait que leur présence intervient à la faveur du détournement de certaines activités prescrites, mais aussi par la valorisation d'«attributs» volontiers associés aux hommes.

Les sources

Notre démarche exploratoire s'appuie sur trois types de matériaux : l'enquête *Medips* (*Modélisation de l'économie domestique et politiques sociales*), menée en collaboration avec d'autres auteurs, deux monographies de structures (celle d'une association d'aide à domicile et celle d'un centre local d'information et de coordination⁽⁴⁾) et une étude conduite par un tiers (enquête d'un bailleur social).

L'enquête *Medips*

L'enquête *Medips* est le fruit d'une coopération entre économistes, ethnographes, sociologues et statisticiens, qui a été construite en trois phases. Dans un premier temps, diverses familles confrontées à la dépendance d'un de leurs membres ont fait l'objet d'un travail d'observations ethnographiques dont les résultats ont ensuite été formalisés dans un modèle théorique reflétant les comportements de prise en charge. Puis, afin de vérifier la pertinence et de quantifier les effets décrits par la modélisation, une enquête statistique a été lancée.

Comme la page de présentation l'indique, «l'objectif de l'équipe était de comprendre comment les personnes s'organisent pour faire face à la dépendance d'un de leurs proches dans la vie quotidienne. Ce projet s'est articulé autour de trois questions : Parmi les proches d'une personne dépendante (parents, amis, *etc.*), quelles personnes participent au choix d'un mode de prise en charge, lesquelles s'impliquent dans la prise en charge quotidienne et son financement, et lesquelles en sont absentes ? Comment les personnes concernées organisent-elles l'aide quotidienne à une personne dépendante, son financement et l'ensemble des activités domestiques (courses, ménage, *etc.*) ? Comment les dispositifs de protection sociale influencent-ils les comportements de prise en charge ; en particulier, comment modifient-ils la répartition de l'aide quotidienne entre les différents aidants potentiels, les proches, les services publics, les employés privés à domicile et les prestataires de service privés ?⁽⁵⁾»

Cette enquête, à la croisée de l'enquête statistique et ethnographique, construite à partir et autour de «cas» (par exemple, de personnes dépendantes atteintes de la maladie d'Alzheimer), vise à décrire de la manière la plus précise possible l'entourage (BONVALET, LELIÈVRE, 2012) et l'organisation de la prise en charge du dépendant. Nous mobilisons ici les données relatives à l'aide quotidienne, aux aidants et aux modalités de financement de l'aide.

(4) Lieu d'accueil et d'orientation des personnes âgées et de leur famille.

(5) Pour en savoir plus sur l'enquête *Medips*, voir : <http://medips.chez-alice.fr/> ; page consultée le 4 décembre 2014.

Enquête ethnographique : deux monographies

Nos observations ethnographiques et travaux d'analyse s'appuient sur deux terrains dans des contextes socio-économiques très différents qui, bien que ne permettant pas de généralisation, nous ont offert la possibilité d'observer la mise en œuvre des politiques publiques sur des territoires très contrastés. Nous avons d'abord étudié le fonctionnement d'une association d'aide à domicile travaillant de manière presque isolée dans un environnement socio-économique particulièrement déshérité, puis celui d'un centre local d'information et de coordination (Clic), cette fois-ci dans un cadre favorisé.

La première monographie, effectuée en milieu associatif, permet d'observer la mise en place de l'aide dans une agglomération de communes pauvres et à la moyenne d'âge relativement élevée ; plus d'une centaine de personnes âgées dépendantes y étaient financées par l'APA. Nous avons analysé les données relatives aux plans d'aide mis en œuvre par les administrations, qui définissent de fait les activités prises en charge par l'allocation personnalisée d'autonomie. Nous les avons complétées par des données administratives de fonctionnement de la structure associative, qui a employé plus d'une centaine de salariés au cours de l'année 2008. Nous avons par ailleurs réalisé des suivis de plusieurs jours en accompagnant quatre salariés (un homme, trois femmes) aux domiciles des personnes aidées ; enfin, nous avons conduit des entretiens de type non directif avec dix salariés, dont trois hommes aidés à domicile ainsi qu'avec les cinq membres du personnel encadrant.

La seconde monographie, celle d'un centre local d'information et de coordination (Clic) situé dans une commune urbaine aisée, au sein d'un département riche et à la moyenne d'âge plutôt basse, nous a donné à voir l'ensemble des acteurs participant au maintien à domicile et, ce faisant, de comprendre les possibilités d'une réorganisation de l'aide. Nous avons collecté les fichiers de suivi des 1 450 personnes âgées ayant recours à ce Clic municipal depuis sa création en 2007 et constaté, à travers les rapports des travailleurs sociaux, la place des intervenants hommes dans le dispositif d'aide. Grâce aux comptes rendus de suivi des travailleurs sociaux chargés des dossiers, nous avons pu retracer les demandes qui émettaient le souhait qu'un homme aide à domicile intervienne auprès de la personne âgée dépendante.

L'enquête d'un bailleur

Afin de mieux connaître et accompagner le vieillissement de ses locataires, un organisme de logements sociaux pour lequel nous nous sommes engagé à respecter l'anonymat, situé sur le territoire d'intervention de l'association d'aide à domicile étudiée (celle de notre première monographie) a

réalisé, en 2007, une enquête auprès des personnes de plus de 60 ans.

L'enquête a couvert cinq communes de l'agglomération regroupant des «logements personnes âgées» accessibles aux plus de 60 ans. Au total, 176 personnes ont été interrogées sur les 224 locataires correspondant à ce critère. Les résultats pointent que les femmes sont surreprésentées dans ces logements (74 %) ; étant donné que 84 % des locataires occupent seuls leur logement, il est vraisemblable que nombre des femmes locataires soient veuves. Au moment de l'enquête, 50 % des locataires enquêtés ont entre 70 et 80 ans ; 20 % entre 60 et 70 ans ou entre 80 et 90 ans et 10 %, plus de 90 ans. L'objectif était de mieux cerner les besoins des locataires en termes de service ; et en effet, comme nous le verrons, des besoins non traditionnellement mentionnés dans les travaux sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes ont émergé. Enfin, il a été possible d'observer pour quels services «gratuits» les familles acceptent de s'impliquer et lesquels elles choisissent plutôt de déléguer à un salarié.

Quelle définition de l'aide à domicile ?

Notre intention est de montrer le rôle important des politiques publiques de financement de l'aide aux personnes âgées dans la définition des tâches relevant de l'aide à domicile. Dans un premier temps, nous rappellerons l'historique des différentes mesures mises en œuvre par l'État, autant pour créer de l'emploi que pour maintenir les personnes âgées à domicile puis, à travers un travail exhaustif sur les conventions collectives du secteur de l'aide à domicile, nous mettrons en évidence la cohabitation de plusieurs définitions de l'aide à domicile, soit par tâches, soit par public cible, avant de nous tourner vers le diplôme DEAVS⁽⁶⁾ et ses conséquences sur le secteur. Enfin, nous aborderons le rôle des plans d'aide, élaborés pour les personnes aidées par les pouvoirs publics, dans la définition des tâches nécessaires au maintien à domicile en montrant comment son caractère restrictif permet la délégation à un tiers des tâches traditionnellement réalisées par les femmes dans la sphère domestique.

Bref historique des politiques publiques dans l'aide à domicile

Les politiques d'aide aux personnes définies comme «fragiles» ont comme objectif le développement des emplois de service. Ainsi, à partir des années 1980, l'État développe une multitude

(6) Le diplôme d'auxiliaire de vie sociale correspond à l'étendard de la professionnalisation des salariés de l'aide à domicile depuis sa création en 2002.

d'emplois aidés dans le secteur des services de proximité : travaux d'utilité collective (1984), contrats emploi-solidarité (1990) par exemple. Ces emplois avaient pour but de répondre à la fois au chômage de masse, en facilitant l'accès à l'emploi de personnes non qualifiées, et à différents besoins sociaux, notamment, ceux des personnes âgées. Toutefois, à la fin des années 1980, le bilan est mitigé : les capacités du secteur associatif à intégrer les chômeurs s'avèrent finalement limitées, alors même que se tarissent (déjà) les dépenses publiques.

L'année 1987, avec l'arrêté du 27 mars fixant la procédure à suivre pour bénéficier de l'exonération des cotisations patronales de Sécurité sociale pour l'emploi d'une tierce personne, ouvre la voie à une série de modifications légales⁽⁷⁾ visant à faciliter l'emploi d'un salarié à domicile.

À la suite de ces différentes exonérations de cotisations sociales et d'allègements fiscaux en direction des ménages utilisateurs de services, sont mis en place des dispositifs ciblés sur l'emploi de salariés pour les personnes âgées dépendantes. Dans un premier temps, la prestation spécifique dépendance (PSD) est mise en place en 1996. Liée à l'âge, elle ne peut être utilisée que pour financer une aide à la dépendance (matérielle ou salariée). Cette prestation est récupérable sur succession ; autrement dit, une fois la personne bénéficiaire décédée, le conseil général peut être remboursé rétroactivement des frais qu'il a engagés pour la prestation. Elle remplace l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) qui a vu le jour en 1953 dans un décret permettant l'utilisation de l'allocation « aide à domicile » et de sa majoration « en faveur des personnes âgées dont l'état de santé nécessite l'aide constante d'une tierce personne⁽⁸⁾ ». La principale innovation de la PSD est que ce sont désormais les travailleurs sociaux qui définissent les activités prises en charge, qui étaient jusqu'alors laissées à la discrétion des bénéficiaires.

Avec l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la loi du 20 juillet 2001 annule la possibilité de recours pour que le conseil général puisse engager la récupération financière sur la succession du bénéficiaire. Cette allocation est versée à la personne dépendante, qui s'engage à la dépenser pour des soins ou services de maintien à domicile.

Le passage de la PSD à l'APA a permis l'augmentation, au cours des dix dernières années, du nombre de personnes âgées en mesure de payer pour être prises en charge (voir encadré). À titre d'exemple, à

Encadré

Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie

Le champ de la dépendance et des personnes fragiles utilisant l'APA représente 694 000 personnes âgées à domicile en 2009 alors qu'à la veille de la mise en place de l'APA, au 31 janvier 2001, 156 000 ont recours à la PSD. En 2009, 79,2 % des allocataires de l'APA sont parmi les deux groupes les moins dépendants (Groupes Iso Ressources [GIR] 3 et 4⁽¹⁾). Le montant moyen d'aide financière alloué par personne âgée est de 409 euros.

La direction de la Sécurité sociale évalue à 5,3 milliards d'euros le montant total des dépenses d'APA pour l'année 2010. D'après la Drees⁽²⁾, au 30 juin 2010, 61 % des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile et 39 % en établissement d'hébergement pour personnes âgées. On peut donc estimer que la grande majorité des 3,2 milliards d'euros d'argent public, est affectée à la rémunération de salariés dans le cadre des services achetés sur le marché⁽³⁾.

(1) Pour en savoir plus, notamment sur les groupes GIR qui mesurent le degré de perte d'autonomie, voir la page sur l'APA sur le site du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes : http://www.social-sante.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/l-allocation-personnalisee-d,1900/l-allocation-personnalisee-d,12399.html#sommaire_1 ; consultée le 4 décembre 2014.

(2) Drees (2010), « Enquête sur l'allocation personnalisée d'autonomie réalisée par la Drees auprès des conseils généraux. Exploitation des données au 1^{er} septembre 2010 », APA. Résultats de l'enquête trimestrielle, n° 3 ; disponible en ligne à l'adresse : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/apa3_2010t2.pdf ; consultée le 4 décembre 2014.

(3) Bérardier M., Debout C. (collab.) (2011), « Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables », *Études et résultats*, n° 748.

la fin du deuxième trimestre 2001, 72 280 personnes âgées bénéficiaient de la PSD à domicile pour un montant moyen de 533 euros par mois (KERJOSSE, 2001). Au 31 décembre 2004, c'est-à-dire moins de trois ans plus tard, plus de 510 000 personnes recevaient l'APA à domicile, pour un montant moyen du plan d'aide de 488 euros par mois, dont 92 % du montant étaient consacrés à des aides en personnel (PETITE, WEBER, 2006). Entre ces deux dates, les montants théoriques⁽⁹⁾ de dépenses d'aide à domicile sont passés de plus de 460 millions d'euros à près de 3 milliards d'euros. En novembre 2002, l'APA a, en moyenne, financé mensuellement 43 heures d'aide à domicile par bénéficiaire, soit près de 165 000 équivalents temps plein (ETP)⁽¹⁰⁾. En conséquence, le nombre de salariés déclarés dans le secteur de

(7) Pour la liste de ces mesures, voir « les dispositifs de solvabilisation des services à destination des ménages », in Kergueris J. (2010), *Services à la personne : bilan et prospective*, Rapport d'information du Sénat n° 589 (2009-2010), fait au nom de la Délégation à la prospective, déposé le 30 juin 2010.

(8) Extrait du décret de loi n° 53-1186 du 29 novembre 1953 portant réforme des lois d'assistance (article 29, p. 10762).

(9) Il s'agit du montant devant être dépensé par l'individu. L'effectivité de la dépense n'est pas systématiquement contrôlée par le conseil général.

(10) Pour le calcul, on compte 133,33 heures mensuelles pour un équivalent temps plein.

l'aide à domicile a, lui aussi, augmenté de manière significative⁽¹¹⁾.

Les définitions conventionnelles du métier par les tâches ou par les bénéficiaires de l'aide

Alors que le terme d'aide à domicile existe dans la loi depuis 1956⁽¹²⁾, aucun texte n'a réellement traité de la définition du métier jusqu'en 1970. À l'occasion de la rédaction de la première convention collective et de celles qui suivirent, encadrant le travail d'aide à domicile⁽¹³⁾, les premières tentatives de définition eurent lieu. Cependant ces différentes conventions ne retiennent pas la même appellation⁽¹⁴⁾. Ainsi, selon l'organisme de rattachement du salarié ou le mode d'organisation du travail, les définitions sont diverses et offrent un large éventail d'appellations. «Agent à domicile», «agent polyvalent», «employé à domicile», «aide à domicile» sont par exemple des termes issus de la convention collective nationale des aides familiales rurales et personnel de l'aide à domicile en milieu rural ; «employé de maison», «assistante de vie 1 et 2», «dame ou homme de compagnie», «employé familial» proviennent, quant à eux, de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur ; et «aide ménagère à domicile» de la convention collective nationale des organismes d'aide ou de maintien à domicile. Les «auxiliaires de vie» sont reconnus par deux des conventions collectives⁽¹⁵⁾. Finalement, comment se retrouver

dans cette profusion de dénominations ? À quoi correspondent ces différents emplois en termes d'activités ?

Pour les différencier, l'accent a tantôt été mis sur les populations prises en charge, tantôt sur les activités réalisées : par exemple, la convention collective de l'aide à domicile en milieu rural du 6 mai 1970⁽¹⁶⁾ classe les types d'intervenants à domicile en fonction du public recevant le service et des groupes d'activités. C'est ainsi qu'elle distingue l'«agent à domicile» de l'«agent polyvalent» ; le premier «ne peut intervenir habituellement et de façon continue chez des personnes dépendantes, ni auprès de publics en difficulté», alors qu'aucune restriction n'existe pour le second. L'«employé à domicile», bien que réalisant les mêmes groupes d'activités que l'«agent à domicile» («accomplissement des activités domestiques et administratives essentiellement») est dédié à une catégorie de public bien particulière, à savoir des «personnes ne pouvant plus faire en totale autonomie et/ou rencontrant des difficultés passagères». L'«agent polyvalent», à la différence de ses collègues, «effectue des travaux occasionnels d'entretien de la maison, assure des petits travaux de bricolage et jardinage⁽¹⁷⁾». Enfin, l'«auxiliaire de vie sociale» se livre à un accompagnement social en aidant à faire ou en faisant «à la place d'une personne qui est dans l'incapacité de faire seule les actes ordinaires de la vie courante».

Qu'elles s'appuient sur le public visé ou des domaines d'activités, ces tentatives de définition n'en demeurent pas moins floues, ne serait-ce que parce qu'elles ne listent pas de tâches précises.

Même pluralité de définitions au sein de la convention collective des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999 : les emplois de «dame ou homme de compagnie» sont différents de ceux d'«assistant de vie» car, contrairement aux seconds, les premiers ont la charge des «tâches ménagères courantes» ou des «tâches de la vie quotidienne». En outre, «assistant de vie 1» et «assistant de vie 2» sont distincts, les premiers s'occupant spécifiquement «des personnes âgées et handicapées dépendantes [...] leur permettant ainsi de vivre à leur domicile⁽¹⁸⁾».

Depuis le 1^{er} janvier 2013, une nouvelle convention collective a fusionné deux de ces conventions collectives (cf. note 14). Toutefois, cette double définition du métier par distinction tantôt des publics, tantôt des tâches, subsiste dans

(11) Le nombre d'heures financées ne correspond pas exactement au nombre d'heures créées ; de nombreux experts s'accordent en effet pour parler d'un potentiel phénomène de blanchiment d'emplois (FLIPO, OLIER, 1998 ; FAGNANI, 2001 ; MARBOT, 2008). On observe par ailleurs en parallèle une diminution importante du nombre d'usagers de l'aide ménagère de la Caisse nationale d'assurance-vieillesse (Cnav) ou de l'aide sociale (HENRARD, 2006). En effet, de nombreuses personnes dépendantes avaient recours à l'aide ménagère financée par la Cnav. La mise en place de l'APA permet à la Cnav de transférer une partie des bénéficiaires de cette allocation sur le dispositif de l'APA.

(12) Article 157, Chapitre V : «Aide sociale aux personnes âgées», Code de la famille et de l'aide sociale, publié au *Journal officiel de la République française*, 28 janvier 1956.

(13) Convention collective nationale des aides familiales rurales et personnel de l'aide à domicile en milieu rural (ADMR) du 6 mai 1970 ; Convention collective nationale de travail du personnel employé de maison, en vigueur le 27 juin 1982 ; Convention collective nationale des organismes d'aide ou de maintien à domicile du 11 mai 1983.

(14) Depuis le 1^{er} janvier 2013, une unique convention collective, signée le 21 avril 2010, regroupe les conventions collectives nationales concernant les différentes catégories de personnels de l'ADMR du 6 mai 1970, des personnels des organismes d'aide ou de maintien à domicile du 11 mai 1983 et des personnels des organismes de travailleuses familiales du 2 mars 1970. Il en résulte des dénominations communes : «agent(e) polyvalent(e)», «employé(e) à domicile», «auxiliaire de vie sociale», «aide médicopsychologique».

(15) Par la Convention collective nationale des organismes d'aide ou de maintien à domicile et par la Convention collective nationale des aides familiales rurales et personnel de l'aide à domicile en milieu rural.

(16) Article 6 : «Définition des emplois», Convention collective nationale des aides familiales rurales et personnel de l'aide à domicile en milieu rural (ADMR) du 6 mai 1970 modifiée par l'accord de branche du 29 mars 2002 applicable au 1^{er} juillet 2003.

(17) *Ibid.*

(18) Article 3, Convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999.

la nouvelle déclinaison «agent(e) à domicile», «agent(e) polyvalent(e)», «agent(e) d'entretien», «employé(e) à domicile», «employé(e) d'entretien», «auxiliaire de vie sociale». Ces divisions apparaissent d'autant plus artificielles que sur le terrain, en fonction des besoins, on observe que ces différents emplois interviennent sur tous les publics, pour réaliser toutes ces tâches.

La formation comme tentative de définition du métier

En 1982, la première convention collective du personnel des employés de maison stipule que l'«aide à domicile» «effectue tout ou partie des tâches de la maison à caractère familial ou ménager⁽¹⁹⁾». Selon la Convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile du 21 mai 2010, elle «effectue un accompagnement social et un soutien auprès des publics fragiles, dans leur vie quotidienne⁽²⁰⁾».

Dans ce contexte où coexistent de multiples référentiels, le métier d'«aide à domicile» s'est progressivement construit en fonction des tâches qui lui ont été déléguées. La dénomination «aide à domicile» englobe aujourd'hui implicitement toutes les autres appellations citées plus haut et correspond, lors des observations menées, à un même ensemble de tâches, qui sont réalisées à des fréquences variables.

Le 29 mars 2002, un accord relatif à l'emploi et aux rémunérations agréé par un arrêté du 31 janvier 2003, est signé. Il a pour vocation de définir les métiers, de créer des filières professionnelles et d'homogénéiser les différents statuts. Un processus d'unification est alors lancé pour doter ce secteur d'une convention collective unique (CERC, 2008) et d'un diplôme de référence : le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) (ANTOINAT, 2005).

La dualité présente dans certaines conventions collectives entre la définition du métier par le public et par l'activité a ainsi fini par disparaître pour laisser place à une relative unité dans la redéfinition actuelle du métier d'«auxiliaire de vie sociale⁽²¹⁾».

Stéphane ALVAREZ (2010, pp. 5-6) considère l'accord du 29 mars 2002 de la branche de l'aide à domicile comme la dernière étape de la professionnalisation du secteur : «Les anciennes aides ménagères et aides à domicile se voient offrir une possibilité de qualification à travers l'instauration

du DEAVS. Le changement de nom de l'aide à domicile en auxiliaire de vie correspond à une volonté de modifier la position sociale de ces «aides à domicile». Ce diplôme de niveau V les place désormais au même niveau de formation et de rémunération que les aides soignants (MOREAU, 2003). Ce consensus en faveur d'une professionnalisation a pour objectif d'offrir des perspectives plus incitatives pour les jeunes générations. Néanmoins, le métier n'en est pas pour autant plus précisément défini puisque l'«auxiliaire de vie sociale» réalise «un accompagnement social et un soutien dans leur vie quotidienne auprès des publics fragiles (enfants, personnes âgées, personnes malades, personnes handicapées...)⁽²²⁾». Toutefois, force est de constater que ce flou entourant la définition de l'activité rencontre souvent la prescription administrative de ce qui est ou n'est pas pris en charge par les politiques publiques du maintien à domicile.

Définition du métier par la loi sur l'allocation personnalisée d'autonomie⁽²³⁾

La loi relative à l'allocation personnalisée à l'autonomie et à la qualité de service aux personnes âgées du 20 juillet 2001 (entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002) mentionne une aide «destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie...⁽²⁴⁾». Cette allocation est donc censée venir en complément d'une aide que la loi suppose déjà en place.

Le texte nous informe également que «lorsque l'allocation personnalisée à l'autonomie est accordée à une personne résidant à domicile, elle est affectée à la couverture des dépenses de toute nature relevant d'un plan d'aide élaboré par une équipe médicosociale⁽²⁵⁾». Deux éléments importants sont ici à noter : d'une part, l'allocation peut être affectée à toute nature de dépenses ; d'autre part, c'est l'équipe médicosociale qui décide non seulement de l'engagement des dépenses mais aussi de leur nature. Ainsi «l'équipe médicosociale recommande, dans le plan d'aide [...], les modalités d'intervention qui lui paraissent les plus appropriées compte tenu du besoin d'aide et de l'état de perte d'autonomie du bénéficiaire⁽²⁶⁾».

Lors de la mise en place de l'allocation, le processus défini par la loi distingue deux étapes : la

(19) Article 1^{er}, Dispositions générales, Convention collective nationale de travail du personnel employé de maison, en vigueur le 27 juin 1982.

(20) Article 4, Définitions des emplois repères, Convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile du 21 mai 2010.

(21) Aide à domicile possédant le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS).

(22) Convention collective nationale des organismes d'aide ou de maintien à domicile du 11 mai 1983. Textes attachés, «Définition d'auxiliaire de vie sociale», avenant n° 5 du 13 janvier 2005.

(23) Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

(24) Article L. 232-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(25) Article L. 232-3 du Code de l'action sociale et des familles.

(26) Article L. 232-6 du Code de l'action sociale et des familles.

classification de la dépendance de la personne âgée en groupe iso ressources (GIR) à l'aide de l'outil Aggir (Autonomie gérontologique et groupes iso ressources) et le montant de l'allocation, permettant la couverture des dépenses.

L'outil d'évaluation de la dépendance présenté en annexe de la loi (article, annexe 2-1 du Code de l'action sociale et des familles) s'appuie sur les préconisations du guide d'évaluation de la personne âgée en perte d'autonomie. Il se présente sous la forme d'une série de tableaux permettant de définir un GIR (groupe iso ressources) auquel est associé un plafond de dépenses pour les aides proposées. La définition du GIR résulte d'un codage selon trois degrés d'incapacité de variables correspondant aux activités de la vie courante. On observe que certaines des variables ainsi codées se confondent largement avec les activités des plans d'aide proposés par le conseil général, comme le montre le tableau ci-dessous. Néanmoins, on constate également l'absence de certains items de la grille d'évaluation dans les plans d'aide, comme ceux qui n'appellent pas une réponse ponctuelle, mais signalent une difficulté cognitive ou physique.

Notons que la liste des tâches des plans d'aide se limite à celles concernant les besoins immédiats de la personne et qui doivent absolument être pris en charge. Toutefois, comme nous allons le voir, l'absence de certaines autres tâches fragilise le maintien à domicile.

L'examen plus précis des plans d'aide prescrits par les équipes médicosociales du département et pris en charge par l'association étudiée dans le cadre de la monographie associative permet de pointer un certain nombre d'activités récurrentes : l'aide au ménage, noté « Linge/logement » est présente dans 74,8 % des plans d'aide prescrits aux bénéficiaires de l'APA, l'aide à la toilette et à l'habillage et l'aide à la confection de repas dans respectivement 63,1 % et 22,3 % des plans. Et on compte une petite majorité des plans d'aide qui sont constitués exclusivement de ces items.

Or cette réponse standardisée et relativement limitée semble *a priori* bien réductrice. En effet, au moment de l'évaluation du besoin d'aide, elle néglige les particularités du logement pour ne se concentrer que sur l'individu et ses incapacités. La prescription semble au final loin des contingences du terrain auxquelles sont quotidiennement confrontées les aides à domicile chargé.e.s de l'exécution des tâches décidées. De fait, dans le département de l'association étudiée, les plannings des salariés sont directement établis en fonction des tâches définies dans le plan d'aide et ce, au quart d'heure près, indépendamment des conditions dans lesquelles l'aide est réalisée.

Ces tâches correspondent à celles principalement réalisées dans la sphère privée par des femmes qui les délèguent donc ici à d'autres femmes (TRABUT, WEBER, 2009). Suivant les prescriptions de l'APA,

Tableau : Fréquence des activités prescrites dans les plans d'aide (b) au regard des variables présentes dans la grille Aggir (a)

(a) Variables discriminantes et illustratives de la grille nationale Aggir (Code de l'action sociale et des familles)	(b) Activités telles que formulées dans les 103 plans d'aide prescrits aux personnes dépendantes par le conseil général du lieu de l'association étudiée	
	Items	Fréquences (en %)
Toilette	Aide à la toilette	63,1
Habillage	Aide à l'habillage	
Alimentation	Prise de repas	9,7
Cuisine	Confection de repas	22,3
Élimination	Change	7,8
Transferts	Transferts	5,8
Ménage	Linge / logement	74,8
Achats	Courses	8,7
Gestion	Démarche administrative	1
	Garde de jour	3,8
Cohérence		
Orientation		
Déplacement extérieur		
Déplacement intérieur		
Alerter		
Suivi du traitement		
Transport		
Activités du temps libre		

Note : Les plans d'aide peuvent comporter plusieurs activités différentes, ce qui explique que la somme des pourcentages est différente de 100%.

Lecture : La variable « Toilette » utilisée dans l'évaluation de la dépendance des personnes âgées par l'administration est aussi présente dans 63,1 % des formulations de plans d'aide.

Source : (a) Décret n° 2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale Aggir ; (b) Plans d'aide prescrits par le conseil général et pris en charge entre 2005 et 2009 par l'association étudiée.

l'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie fournie par l'association financerait essentiellement des tâches traditionnellement considérées comme féminines et serait donc une affaire de femmes.

La question se pose alors de savoir si cette liste de tâches que doivent effectuer les aides à domicile est bien en adéquation avec les besoins des allocataires et donc à même de garantir le maintien de l'autonomie des personnes âgées. Qu'en est-il des autres besoins non prévus par cette prescription ? L'enquête *Medips* nous permet d'identifier les tâches ne figurant pas dans les plans d'aide, ainsi que le rôle de la famille dans le maintien à domicile de la personne âgée. Quelles sont les tâches réalisées par les membres de la famille ? Comment se répartissent-elles entre les hommes et les femmes de la famille ? Dans quelle mesure cette prescription restrictive de tâches peut-elle être interprétée comme un corollaire de l'absence des hommes dans l'« aide à domicile » ?

Quelle est la place du besoin dans la définition de l'aide ?

Dans un article paru en 2008, Agnès GRAMAIN et Olivier BAGUELIN ont montré le phénomène de coproduction de l'aide à l'œuvre dans la prise en charge de la dépendance. En effet, l'aide apportée à une personne dépendante, d'autant plus lorsque cette dernière est atteinte d'une pathologie dégénérante de type Alzheimer, provient de multiples sources. En analysant l'articulation entre aide familiale et aide professionnelle, et en confrontant les besoins pris en charge par chacun de ces deux acteurs, on peut étudier si la répartition entre hommes et femmes de certaines activités dans la sphère domestique se retrouve dans la sphère professionnelle. Dans un précédent article (TRABUT, WEBER, 2009), nous avons montré le rôle structurant des politiques publiques de la dépendance et du financement de l'aide à domicile, qui rendent socialement visibles certaines tâches domestiques fréquemment accomplies par des femmes en les externalisant sur le marché des services.

À partir de l'exploitation de l'enquête *Medips* et d'une enquête réalisée par un bailleur social auprès de ses locataires âgés (cf. *supra*), on précise ici la teneur des besoins formulés par les personnes âgées et dont elles souhaitent la prise en charge. Nous montrons ainsi comment coexiste une multitude d'activités et d'acteurs parfois bien éloignés des standards de nos politiques. À partir des données collectées dans le cadre des monographies et en déplaçant notre regard, nous observons également la pratique et l'utilisation des hommes dans l'aide à domicile.

Les hommes et l'aide domestique familiale

L'enquête *Medips* permet de décrire l'éventail des besoins des personnes âgées et d'examiner dans quelle mesure ils correspondent à ceux définis par l'APA. L'enquête ne s'attache pas à un métier, par exemple l'« aide à domicile », ni à l'ensemble des tâches qui lui incombent comme le fait l'enquête auprès des *intervenants à domicile* (IAD) conduite par la Drees en 2008, mais décrit l'ensemble des acteurs présents autour de la personne âgée. Ces différents intervenants sont alors interrogés sur leur implication dans un ensemble de tâches prédéfinies dans l'enquête, ensemble plus large que celui de l'APA. À partir d'une analyse des correspondances multiples (ACM ; voir graphique), nous avons choisi de représenter les corrélations qui existent entre les différentes activités réalisées par des tiers autour de la personne âgée dépendante afin d'avoir une vision plus claire des « besoins » de celle-ci au travers de l'aide apportée.

Il émerge de cette analyse trois pôles caractérisés par des regroupements de besoins parmi les plus corrélés, autrement dit, des paniers de besoins types relatifs à différentes situations de personnes âgées en perte d'autonomie :

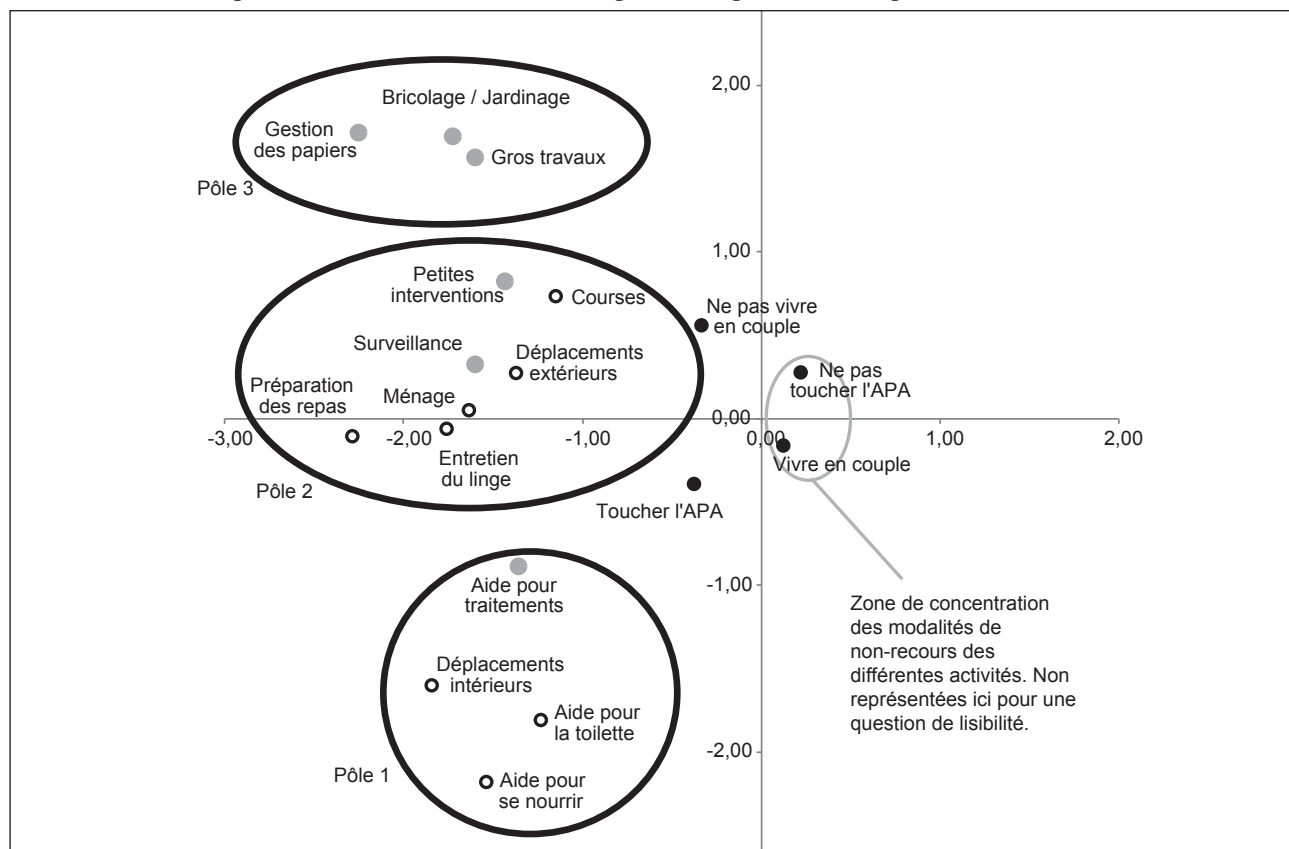
- un premier pôle, caractérisé par une dépendance plus importante, réunit les activités d'aide à la toilette, à la prise de repas, au déplacement à l'intérieur du domicile, mais aussi à la prise de traitement (pôle 1) ;
- le second pôle correspond à première vue à une dépendance moins forte : il comprend des aides à l'entretien du logement et du linge, l'intervention sur de petits appareils, l'aide au déplacement extérieur, à la préparation du repas, pour les courses et la surveillance (pôle 2) ;
- le dernier pôle, enfin, rassemble les gros travaux, le bricolage/jardinage et la gestion administrative (pôle 3).

Dans cette enquête, l'aide est aussi bien familiale que professionnelle. L'aide professionnelle est entièrement féminine alors que celle apportée par les familles témoigne d'une plus grande mixité des aidants.

Ainsi, certaines aides dispensées au niveau familial le sont par des hommes. En outre, dans le cas d'activités telles que la surveillance, la gestion administrative, les déplacements à l'extérieur, l'aide pour la prise de médicaments, les interventions sur petits appareils ainsi que les gros travaux et le bricolage/jardinage, les hommes sont même majoritairement contributeurs.

Un constat s'impose. Dans l'enquête *Medips*, quel que soit le pôle concerné, chaque panier de besoins contient au moins une activité réalisée majoritairement au niveau familial par des hommes. Toutefois, lorsque l'on prend en compte le sexe de l'aidant au sein des trois pôles, on note une répartition

Graphique : Analyse des correspondances multiples à partir des activités réalisées (ou non) autour de la personne aidée selon le sexe de la personne qui effectue le plus souvent l'activité



Note : Les deux premiers axes représentent 56,49% de l'inertie totale (respectivement 39,88% et 16,61%). ● Variables illustratives / ○ Variables actives dans l'ACM (modalités positives représentées) et par ailleurs activités majoritairement réalisées par des femmes dans l'enquête *Medips* / ● Variables actives dans l'ACM (modalités positives représentées) et par ailleurs activités majoritairement réalisées par des hommes dans l'enquête *Medips*. Chaque individu statistique est un cas comprenant une personne âgée dépendante ainsi que l'ensemble des activités réalisées ou non pour elle.

Lecture : S'occuper de la gestion administrative, faire les gros travaux et le bricolage/jardinage sont des activités corrélées. Elles sont majoritairement effectuées par des hommes dans l'enquête *Medips*.

Champ : Cas enquêtés dans l'enquête *Medips* (N = 91).

Source : *Medips*, calculs de l'auteur avec le logiciel Spad.

différenciée des tâches « masculines ». Les hommes, très présents dans le pôle 3 (ils sont majoritaires dans les trois activités qui le composent), sont aussi majoritaires sur trois activités du pôle 2 (intervention sur de petits appareils, aide au déplacement extérieur, surveillance) et une activité du pôle 1 (aide à la prise de traitement). La variable APA qui précise si la personne aidée touche ou non l'allocation, montre une corrélation entre le fait de toucher l'APA et le fait d'avoir recours aux services du pôle 1 ou 2 : autrement dit, le financement public, par le biais de l'APA, est corrélé à des paniers de besoins dont les tâches sont majoritairement effectuées par des femmes.

Si les hommes sont présents dans les activités d'aide à domicile, ils le sont presque uniquement au sein de la sphère familiale. On constate en revanche que les activités déléguées et financées, comme le montre l'analyse des plans d'aide de l'APA, se limitent à des activités majoritairement réalisées au niveau domestique par des femmes.

L'aménagement et l'entretien du logement, un besoin négligé par l'aide publique

Si nous remarquons une délégation de plus en plus importante des tâches relatives à l'entretien quotidien du logement à l'aide professionnelle permise par l'APA, nous notons aussi qu'en l'absence de ressources suffisantes de la personne âgée, certaines activités pour lesquelles elle aurait également besoin d'aide ne trouvent pas de pendant professionnel.

L'enquête réalisée en 2007 par un bailleur social (*cf. supra*) situé sur le même territoire d'intervention que l'association d'aide à domicile étudiée dans le cadre de notre travail monographique permet de clarifier ce point. Cette enquête a couvert cinq communes d'une agglomération de communes proposant des « logements personnes âgées⁽²⁷⁾ » accessibles aux plus de 60 ans. Elle s'intéressait à

(27) Ces logements sont des maisons de petite taille.

la fois aux motivations ayant conduit les personnes interrogées à changer de logement, mais aussi aux besoins rencontrés par les locataires et leur prise en charge.

Les principales motivations avancées par les locataires pour emménager dans ces nouveaux logements étaient que leur logement précédent et/ou jardin était trop grand et qu'elles avaient des difficultés pour l'entretenir, ou encore qu'elles avaient des problèmes pour monter les étages. Bien que le changement de logement se soit fait le plus souvent de maison à maison, les individus ont déménagé dans des maisons de plus petite taille dans près de 85 % des cas (pour 15 % des locataires, le déménagement s'est fait à partir d'un appartement).

D'après l'enquête, la présence familiale influence la mobilité dans ces logements. En effet, 77 % des personnes interrogées ont de la famille dans le quartier du nouveau logement. Par ailleurs, 30 % des locataires bénéficient de l'intervention d'une aide à domicile financée, soit par les caisses de retraite, soit par l'APA au moment de l'enquête dans ces nouveaux logements. Et on retrouve, encore une fois, dans plus de 90 % des situations des interventions pour le ménage, puis pour l'aide à la toilette (40 % des cas) et faire des courses (35 % des cas).

Les 15 % de personnes déclarant ne pas cuisiner et les 42 % indiquant ne pas faire leurs courses se font très largement aider en bénéficiant d'une aide publique. À l'opposé, les 57 % de locataires ne pouvant plus entretenir leur jardin font très rarement appel à une aide professionnelle (dans seulement 4 % des cas). Le non-recours à ce type d'aide professionnelle est principalement justifié par le coût des prestations, qui ne sont pas financées par des aides publiques. Les personnes âgées sollicitent alors majoritairement leurs familles vivant à proximité ou parfois du voisinage ou des amis.

Négligé dans les plans d'aide élaborés dans le cadre de l'APA, le besoin d'aide pour l'entretien «lourd» du logement et du jardin semble être un motif de mobilité, étant laissé sans réponse par les politiques publiques. Dans notre enquête, il apparaît fréquemment à l'origine d'un changement de lieu de résidence, potentiellement déstabilisateur pour la personne âgée, qui permet néanmoins la mise en place de solidarités matérielles familiales.

Des hommes «aides à domicile» : pour faire quoi ?

Notre étude permet d'identifier des besoins spécifiques majoritairement pris en charge par les hommes au sein de la sphère familiale. Mais que font précisément les hommes, même peu nombreux, qui sont salariés de l'aide à domicile, lors de leurs interventions auprès des personnes âgées ? Sont-ils des aides à domicile comme les autres ? Quels

sont les autres besoins que leur présence permet de mettre au jour ?

Un contournement des prescriptions publiques révélateur de besoins non pris en charge

La structure associative que nous avons étudiée compte plus de 100 salariés dont trois hommes ; cette proportion correspond au taux de féminisation de 97 % de l'emploi d'aide à domicile⁽²⁸⁾. Si nous gardons à l'esprit que nos observations n'ont pas de portée générale, les entretiens menés avec les salariés hommes révèlent néanmoins une modification/redéfinition de l'activité par rapport à celle prescrite dans le plan d'aide.

« Ça m'est déjà arrivé de... au lieu que, donc, je vienne... sur le papier, c'est marqué que je viens pour du ménage, et la personne, le temps que je suis chez elle, une heure ou deux heures, me prend pas pour du ménage mais pour autre chose. Parce qu'elle a quelque chose de plus urgent à faire et elle n'est plus en capacité de le faire, ça m'est déjà arrivé.

– Par exemple ?

– Par exemple, ça m'est déjà arrivé de... pendant deux heures, de faire la tapisserie pour une personne. Parce qu'elle voulait retapisser son salon, et voilà, elle en avait plus la capacité. Et, en tout cas, à proximité, elle n'avait pas de coup de main, donc voilà quoi. Donc maintenant c'est vrai, elle a prétexté à l'association qu'il lui fallait un coup de main pour le ménage. »

(Y, homme, 38 ans, aide à domicile depuis huit mois.)

On assiste ici à une redéfinition complète de la tâche prescrite, détournée pour combler un besoin non pris en charge. Ce constat prolonge la réflexion sur les besoins et leur définition. Notons que le secteur sur lequel intervient l'association étudiée, le même que celui de l'enquête du bailleur social, est particulièrement défavorisé.

Cependant, dans l'organisation du travail de l'association, les tâches listées sur les fiches d'intervention des salariés hommes que nous avons rencontrés ne sont pas différentes de celles des salariées femmes. Ils effectuent *a priori* les mêmes activités telles que passer l'aspirateur, faire la vaisselle, faire des toilettes.

Des hommes pour la toilette des hommes : pour une prévention des dérives sexuelles

La monographie associative nous a permis d'observer, de manière plus marginale certes, que les responsables de secteur, chargés de l'organisation du travail et des plannings, préféreraient avoir recours aux hommes aides à domicile dans des cas particuliers de comportement déviant à caractère sexuel

(28) Lainé F., Omalek L. (2012), «Les métiers en 2020 : progression et féminisation des emplois les plus qualifiés ; dynamisme des métiers d'aide et de soins aux personnes», *Dares analyses*, n° 022.

de la part de certaines personnes âgées. Nous résumons ci-après un cas mettant en scène le genre et les rapports de sexe dans l'aide à domicile.

L'aide à domicile, par le type d'activités qu'il/elle est amené.e à effectuer, rentre dans un espace intime pour lequel il/elle n'est pas forcément formé.e. Les activités d'aide à la toilette ont souvent lieu dans des salles de bains exiguës au domicile des personnes âgées. Dans une majorité de cas, la relation entre l'aidant et l'aidé reste professionnelle, maintenue par une gêne réciproque. Cependant, il arrive que certaines personnes, principalement lorsqu'elles souffrent de maladies dégénératives, adoptent des comportements « déviants » (BECKER, 1963), facilités par la diminution de leur inhibition. Pascale MOLINIER (2013) a également noté le phénomène en institution pour personnes âgées. Nombreux sont les témoignages d'aides à domicile ayant eu affaire à ce type de comportement, plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, et potentiellement déstabilisateur pour des salarié.e.s souvent bien plus jeunes que les personnes auprès desquelles elles interviennent. Ainsi des exclamations, et parfois même des gestes, à caractère sexuel pendant la toilette sont des choses relativement courantes pour les aides à domicile, cela pouvant aller parfois jusqu'à des hommes âgés se masturbant. Une aide à domicile a évoqué semblable expérience lors des phases d'apprentissage d'une de ses stagiaires.

Une telle situation n'a rien d'exceptionnel. Pour les responsables de secteur, les problèmes d'attouchement sont par exemple à prendre en compte ; l'un d'entre eux a même reçu, de la part d'une personne âgée, des demandes plus précises au sujet d'une salariée devant intervenir à son domicile. Ainsi, des spécificités d'âge et de physique plus proches de celles d'un site de rencontres que d'une véritable description du « besoin » sont mentionnées : « *Un client a demandé si on ne pouvait pas lui envoyer une aide à domicile sur le mode : "plus si affinités"* » (responsable de secteur, homme, 33 ans). De telles demandes posent de nombreux problèmes de gestion : dans ce cas, les responsables de secteur ont choisi de remplacer la personne intervenante par un homme.

Les familles ne sont pas dupes et indiquent explicitement, ici une belle-fille auprès du Clic (cf. *supra*), qu'elles préfèrent que ce soit un homme qui travaille auprès de leurs proches : « *Elle précise qu'il vaudrait mieux que ce soit un homme qui intervienne car ses rapports aux femmes [de son beau-père] sont très compliqués* » (compte rendu d'un travailleur social). Les hommes seraient en effet capables d'atténuer les comportements « déviants » de certaines personnes âgées : « *avoir une personne qui aiderait M pour le ménage. Dans l'idéal, intervention d'un homme car parfois M a des troubles dus à sa maladie qui peuvent être*

atténués si la personne qui intervient n'est pas une femme » (compte rendu d'un travailleur social).

Dans les cas de déviances sexuelles de certaines personnes âgées, employer des hommes éviterait donc tensions et stress. Si le recours à des hommes, notamment au moment de la toilette, permet de calmer la libido de certains hommes âgés, l'instauration d'une forme de rapport de séduction entre une dame âgée et son aide à domicile masculin apparaît en revanche parfois bénéfique et stimulante aux yeux des assistantes sociales et des familles. Une responsable de secteur nous a ainsi parlé d'une dame âgée, très coquette, que la perspective de l'intervention d'un homme aide à domicile motivait encore davantage si bien qu'elle accordait le plus grand soin à sa mise.

Réaliser des tâches traditionnellement féminines : un révélateur de la réalité domestique

Les hommes, lorsqu'ils jouent des rôles historiquement construits comme féminins, s'approprient différemment les mêmes tâches en leur faisant prendre d'autres dimensions. Le recours à des hommes « aide à domicile » est souvent dû à leurs caractéristiques physiques. Une personne âgée a par exemple précisé à plusieurs reprises pourquoi elle appréciait l'intervention d'hommes : plus forts ou plus grands, ils ont plus de facilités pour déplacer les meubles et épousseter en hauteur. Lors de l'entretien que nous avons réalisé au cours d'une intervention à domicile, la personne âgée valorisa l'homme aide à domicile à la fois pour ses attributs traditionnellement considérés comme masculins, et pour son savoir-faire (considéré ici comme exceptionnel) sur des tâches habituellement réalisées par des femmes. Ainsi, elle mentionna à plusieurs reprises à quel point cet aide à domicile fait bien la vaisselle et passe bien l'aspirateur, ce qui est rarement souligné dans le cas d'une femme. Elle ajouta qu'il n'est pas habituel d'avoir des hommes dans ce genre de métier.

Les données du Clic nous ont permis de constater que les besoins étaient exprimés en termes sexués. La force physique, associée une fois de plus aux hommes, est principalement mise en avant : « *M^{me} souhaiterait que quelqu'un aille le promener [son mari] dans le quartier quelques jours par semaine, si possible un homme qui pourrait le retenir en cas de chute.* » Si la force physique des hommes n'est pas nécessairement explicitement mentionnée, elle est certainement sous-jacente lorsqu'il est question de demandes d'aide dans le cadre de sorties : « *La fille de M a appelé. Besoin d'une personne (homme de préférence) pour l'aider à sortir de temps en temps.* » Ici, le recours à l'homme « aide à domicile » intervient en complément de l'aide apportée par la fille qui prend en charge les tâches domestiques, conformément aux stéréotypes de genre.

« *M est venu avec sa fille pour une demande de carte [de transport] et pour des questions relatives au maintien*

à domicile. M vit avec son épouse qui a 90 ans. Ils ont une femme de ménage trois fois par semaine. Leur fille aimerait qu'ils aient une auxiliaire de vie (homme de préférence) pour une présence, un accompagnement aux sorties et éventuellement un renforcement lorsque la fille est en vacances. »

(Compte rendu d'un travailleur social.)

En l'occurrence, cette complémentarité est calquée sur les rapports de sexes tels qu'observés au niveau familial.

*

* *

Il ressort de notre analyse que face à l'absence de définitions explicites des métiers de la prise en charge, c'est l'APA qui, par son processus de prescription *via* les plans d'aide et par son poids dans le financement, tend à définir ce que sont les activités des métiers d'« aide à domicile ». Comme nous l'avons vu, il s'agit d'activités fréquemment réalisées par des femmes, tant dans la sphère familiale que professionnelle, et qui ne prennent pas en compte l'ensemble des besoins réels pour le maintien à domicile. Or nos enquêtes ont pointé la grande diversité des besoins des personnes âgées dépendantes en réponse auxquels aide familiale et aide professionnelle interviennent de manière complémentaire.

Dans le contexte familial, les trois paniers d'aide typiques apportés aux personnes âgées dépendantes définissent des tâches « mixtes », tantôt majoritairement assurées par des hommes, tantôt par des femmes. « Si les aides à domicile sont recrutées

implicitement sur des compétences féminines ayant trait au travail ménager et au travail relationnel » (AVRIL, 2003, p. 207), constat également dressé dans d'autres recherches ne portant pas exclusivement sur l'aide salariée (EICHLER, ALBANESE, 2007 ; TRONTO, 2009), nous notons que les besoins formulés par les bénéficiaires comme les problématiques rencontrées par les salariés pourraient aisément recouvrir des compétences associées aux hommes. D'après nous, le caractère réducteur de la définition de l'aide à domicile contribue à diminuer la qualité de la prise en charge car il exclut certaines tâches et fait abstraction de besoins importants bien que non vitaux.

Notre observation du travail de quelques hommes « aide à domicile » combiné au fait que leurs employeurs comme les personnes chez qui ils interviennent apprécient leur travail et justifient leur présence, montre qu'ils ont réussi à se réapproprier des activités d'ordinaire réalisées par des femmes sans que les stéréotypes de genre aient pour autant été franchement remis en cause. La présence d'hommes permet également certains glissements en termes de tâches associées au métier d'aide à domicile ; elle semble, en tout cas, déterminante dans l'amélioration des conditions d'aide des personnes âgées en perte d'autonomie. Elle l'est aussi dans la valorisation du métier dont les frontières dépassent dès lors le seul cadre de l'activité domestique. Le renforcement de la présence des hommes passe, selon nous, par une redéfinition de l'activité des aides à domicile et une prise en charge englobant des dimensions jusque-là négligées et plus seulement centrées sur quelques activités ménagères fréquemment réalisées par les femmes.

Bibliographie

ALVAREZ S. (2010), « Le secteur de l'aide à domicile en France : entre l'imaginaire domestique et l'invisibilité du travail de "care" professionnel », Communication présentée au colloque international de sociologie *La dimension relationnelle des métiers de services, cache sexe ou révélateur du genre ?*, Lausanne, Suisse.

ANGELOFF T. (1999), « Des miettes d'emploi : temps partiel et pauvreté », *Travail, genre et sociétés*, n° 1, pp. 43-70.

ANGELOFF T. (2000), *Le temps partiel, un marché de dupe ?*, Paris, Syros.

ANGELOFF T. (2003), « Employées de maison, aides à domicile : un secteur paradoxal », in Weber F., Gojard S., Gramain A. (dir.), *Charges de famille. Dépendance et parenté dans la France contemporaine*, Paris, La Découverte, coll. « Enquêtes de terrain », pp. 165-186.

ANTOINAT G. (2005), « Le concept de dépendance, enjeux et limites de la professionnalisation des métiers de l'aide à domicile », *Droit, déontologie et soin*, vol. 5, n° 1, pp. 79-90.

AVRIL C. (2003), « Les compétences féminines des aides à domicile », in Weber F., Gojard S., Gramain A. (dir.), *Charge de familles. Dépendance et parenté dans la France contemporaine*, Paris, La Découverte, coll. « Enquêtes de terrain », pp. 187-207.

AVRIL C. (2006), « Aide à domicile pour personnes âgées : un emploi-refuge », in Flahault É. (dir.), *L'insertion professionnelle des femmes. Entre contraintes et stratégies d'adaptation*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, coll. « Des Sociétés », pp. 207-217.

BAGUELIN O., GRAMAIN A. (2008), « Aides professionnelles et mobilisation familiale. La prise en charge des personnes démentes », *Retraite et société*, n° 53, janvier, pp. 114-145.

- BECKER H. S. (1963), *Outsiders : studies in the sociology of deviance*, New York, Free Press (trad. fr., *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985).
- BONVALET C., LELIÈVRE E. (dir.) (2012), *De la famille à l'entourage. L'enquête Biographies et entourage*, Ined, coll. «Grandes enquêtes».
- CONSEIL DE L'EMPLOI, DES REVENUS ET DE LA COHÉSION SOCIALE (CERC) (2008), *Les services à la personne*, Rapport n° 8, Paris, La Documentation française.
- COUPPIÉ T., ÉPIPHANE D. (2006), «La ségrégation des hommes et des femmes dans les métiers : entre héritage scolaire et construction sur le marché du travail», *Formation emploi*, n° 93, pp. 11-27.
- DEVETTER F.-X. (2006), «La disponibilité temporelle au travail des femmes : une disponibilité sans contrepartie ?», *Temporalités*, n° 4 ; disponible en ligne à l'adresse : <http://temporalites.revues.org/366> ; consulté le 19 décembre 2014.
- DEVETTER F.-X., FRAISSE L., GARDIN L., GOUNOUF M.-F., JANY-CATRICE F., RIBAUT T. (2008), *L'aide à domicile face aux services à la personne : mutations, confusions, paradoxes*, Rapport pour la DIISES.
- EICHLER M., ALBANESE P. (2007), « What is household work? A critique of assumptions underlying empirical studies of housework and an alternative approach », *Canadian journal of sociology/Cahiers canadiens de sociologie*, vol. 32, n° 2, pp. 227-258.
- FAGNANI J. (2001), «La politique d'accueil de la petite enfance en France : ombres et lumières», *Travail, genre et sociétés*, n° 6, pp. 105-119.
- FLIPO A., OLIER L. (1998), «Faut-il subventionner les services à domicile ?», *Économie et statistique*, n° 316-317, pp. 3-19.
- HENRARD J.-C. (2006), «Le dispositif institutionnel d'aide et de soins aux personnes âgées», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 5-6, pp. 45-47.
- KERJOSSE R. (2001), «La prestation spécifique dépendance au 30 juin 2001», *Études et résultats*, n° 143, Drees.
- LAVILLE J.-L. (2000), *Services de proximité. La construction sociale d'un champ d'activités économiques*, Paris, Crida-LSCI.
- MALOCHET G. (2007), «Des femmes dans la maison des hommes. L'exemple des surveillantes de prison», *Travail, genre et sociétés*, n° 17, pp. 105-121.
- MARBOT C. (2008), «En France, qui recourt aux services à domicile ?», in *France, portrait social*, Paris, Insee, pp. 143-162.
- MOLINIER P. (2013), *Le travail de care*, Paris, La Dispute, coll. «Le genre du monde».
- MOREAU S. (2003), «Du CAFAD au diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale», *Gérontologie et société*, n° 104, pp. 149-160.
- PETITE S., WEBER A. (2006), «Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées», *Études et résultats*, n° 459, Drees.
- TRABUT L. (2011), *Nouveaux salariés, nouveaux modèles : le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes*, Thèse de doctorat de sociologie soutenue le 7 décembre à l'École normale supérieure et à l'École des hautes études en sciences sociales.
- TRABUT L., WEBER F. (2009), « How make care-work visible? The case of dependence policies in France », in Bandelj N., *Economic sociology of work, research in the sociology of work*, vol. 19, pp. 343-368.
- TRABUT L., WEBER F. (2009), «Comment rendre visible le travail des aidants ? Le cas des politiques de la dépendance en France», *Idées*, n° 158, pp. 13-22.
- TRONTO J. (2007), «Democratic caring and caring democracies», *Conférences politiques du care*, Paris.
- TRONTO J. (2009), *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, traduction Hervé Maury, Paris, La Découverte.
- ZOLESIO E. (2009), «Des femmes dans un métier d'hommes : l'apprentissage de la chirurgie», *Travail, genre et sociétés*, n° 22, pp. 117-133.